

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

7

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

le Docteur Emile GOIDIN

Ex-interne de l'hôpital Saint-Joseph de Paris

N. le 28 Septembre 1903. e Nous, les Minis (Pd G)

Extrapéritonisation primitive de la vessie

(PROCÉDÉ DE VOELCKER)

ET

Extrapéritonisation secondaire de la vessie

(PROCÉDÉ DE PAPIN)

Président : M. MARION, professeur

PARIS

G. DOIN & C^{ie} EDITEURS

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1932

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

le Docteur Emile GOIDIN

Ex-interne de l'hôpital Saint-Joseph de Paris

Extrapéritonisation primitive de la vessie

(PROCÉDÉ DE VOËLCKER)

ET

Extrapéritonisation secondaire de la vessie

(PROCÉDÉ DE PAPIN)

Président : M. MARION, professeur

PARIS

G. DOIN & C^{ie} EDITEURS

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1932

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	N...
	N...
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAÛRE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE..Neurologie et Psychiatrie.
 N... .. Physiologie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BROCCQ Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER Pathologie expérimentale
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON*. Hygiène.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.

MM.

LABBÉ (Henri).Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).Pathologie médicale.
 LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 N... .. Histologie.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING ... Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 VALLERY-RADOT..... (PASTEUR). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.
 TROISIER Pathologie expérimentale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE ... Parasitologie.
 RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM	
ABRAMI	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER ..	Clinique médicale.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE...	Clinique médicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez
chaire		l'adulte pour les accidentés du travail, les
FREY		mutilés de guerre et les infirmes adultes.
CHAILLEY-BERT		Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD		Education physique.
WEIL-HALLÉ		Radiologie clinique.
		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

le Docteur GEORGES GOIDIN

*qui m'a appris à aimer la médecine et dont la conscience
professionnelle me servira toujours d'exemple.*

En témoignage de mon affection filiale.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

trop tôt enlevée à mon affection.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAURICE TACQUET

*dont la constante et amicale collaboration pendant nos
années d'internat fut si douloureusement interrompue.*

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur GEORGES MARION.

Professeur de Pathologie chirurgicale à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

qui m'a fait le grand honneur de présider cette thèse.

*En témoignage de vive reconnaissance et de profond
attachement pour l'enseignement que j'ai reçu dans son
service et la bienveillante attention qu'il m'a témoignée
en plusieurs circonstances.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur EDMOND PAPIN.

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph
Officier de la Légion d'Honneur

qui m'a inspiré et guidé pour ce travail.

*Qu'il trouve ici l'expression de ma très vive gratitude
pour son précieux enseignement, et le témoignage de ma
profonde admiration de ses hautes qualités chirurgicales.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur, Professeur agrégé JEAN QUENU.

Chirurgien des Hôpitaux

Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours

qui fut mon premier maître en chirurgie, et n'a jamais cessé de me prodiguer ses plus sages conseils et ses aimables encouragements.

Par la valeur de son enseignement il a établi les bases de ma formation chirurgicale.

En témoignage de sincère reconnaissance et de respect.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur ANDRÉ LEURET.

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

Chevalier de la Légion d'Honneur

qui par ses démonstrations, sa virtuosité chirurgicale et les interventions qu'il m'a permis de pratiquer dans son service a développé mes connaissances cliniques et opératoires.

Qu'il trouve ici le témoignage de mon admiration et de ma gratitude.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur HUC.

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

dont la valeur incontestée en chirurgie orthopédique et la manière dont il l'enseigne m'ont permis d'apprendre ce que je sais de cette science.

Qu'il trouve ici l'expression de mes remerciements et de mon respect.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur MAYET

Chirurgien Honoraire de l'Hôpital Saint-Joseph
Chevalier de la Légion d'Honneur

*dont le trop court enseignement m'a appris les notions
premières de la chirurgie infantile.*

Qu'il reçoive ici l'hommage de mon très profond respect.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur HOVELACQUE.

Professeur à la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

qui m'a accueilli avec bienveillance dans son laboratoire.

Qu'il trouve ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur CH. MONCANY.

Ex-Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Galignani de Corbeil
Chevalier de la Légion d'Honneur

qui m'a fait profiter de son expérience.

*En reconnaissance de l'accueil bienveillant qu'il m'a
réservé.*

A MM. les Docteurs : VILLANDRE,
LAURENCE,
THEILLIER,
DE BERNE-LAGARDE,
LANOS,
BARBET.

Chirurgiens de l'Hôpital Saint-Joseph

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE :

Monsieur le Professeur GOSSET,
Monsieur le Professeur WIDAL (*in memoriam*),
Monsieur le Docteur GRENET.

EXTERNAT :

Monsieur le Docteur SOULIGOUX (*in memoriam*),
Monsieur le Docteur L. GERNEZ.
Monsieur le Docteur GANDY,
Monsieur le professeur MARION,
Monsieur le Docteur PAGNIEZ.

INTERNAT :

Monsieur le Professeur agrégé, JEAN QUENU,
(Hôpital de Bon-Secours)
Monsieur le Docteur MAYET,
Monsieur le Docteur HUC,
Monsieur le Docteur LEURET,
Monsieur le Docteur PAPIN.
(Hôpital Saint-Joseph)

Extrapéritonisation primitive de la vessie

(Procédé de Voelcker)

et

Extrapéritonisation secondaire de la vessie

(Procédé de Papin)

Par le Docteur EMILE GOIDIN

Ex-Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Paris.

(Travail du Service du Docteur Papin)

Introduction

Nous avons eu l'honneur de terminer notre internat dans le service du Docteur PAPIN, à l'Hôpital Saint-Joseph, et d'y être resté attaché par la suite.

Pendant ce temps, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas d'extra-péritonisation primitive ou secondaire de la vessie.

Ces interventions ont été peu pratiquées en France, quoiqu'elles puissent rendre de grands services pour la chirurgie de la vessie et de l'uretère juxta-vésical.

L'extra-péritonisation primitive a été décrite par VOELCKER.

L'extra-péritonisation secondaire a été décrite par notre Maître le Docteur PAPIN.

Nous nous proposons d'envisager successivement :

- les notions anatomiques indispensables,
 - les voies d'abord couramment pratiquées,
 - les techniques chirurgicales de l'extra-péritonisation,
 - les diverses indications,
 - les observations.
-

I. Notions d'anatomie

A. FORME.

1° Lorsque la vessie est vide, elle est aplatie de haut en bas et présente :

trois faces : supérieure, antéro-inférieure, postéro-inférieure ou base ;

deux bords : latéraux ;

un sommet sur lequel s'attache l'ouraque.

2° Lorsque la vessie se remplit, sa paroi postérieure se soulève, ses bords s'élargissent ; elle prend une forme ovoïde dont la grosse extrémité est dirigée en arrière et en bas.

De ce fait, le point culminant de la vessie ne correspond plus au point d'implantation de l'ouraque, mais à une partie de sa paroi supérieure, laquelle constitue le dôme vésical.

B. SITUATION ET RAPPORTS.

Lorsque la vessie est vide, elle est toute entière contenue dans la cavité pelvienne.

Lorsqu'elle est distendue, elle déborde en haut l'excavation pelvienne et fait saillie dans l'abdomen.

Elle est située : en arrière de la symphyse pubienne, des pubis, de la partie inférieure de la paroi abdominale antérieure.

au-dessus de la prostate et de la partie profonde du périnée.
en avant du rectum et des vésicules séminales.

Chez la femme : elle est placée en avant de l'utérus, au-dessus du vagin.

Dans cette étude nous voulons insister sur les rapports qui se font avec :

1° la paroi abdominale antérieure (voie d'abord) ;

2° le péritoine, dont les zones d'adhérences et de clivages possibles commandent les techniques envisagées dans ce travail.

1° *Rapports avec la paroi abdominale antérieure.*

Derrière la peau et le tissu cellulaire sous-cutané on trouve :

a) Les muscles grand droit dans leurs gaines : (aponévrose des muscles larges de l'abdomen en avant, fascia transversalis en arrière) unies sur la ligne médiane par la ligne blanche.

b) La vessie est séparée de la paroi antérieure par l'espace de Retzius compris entre le fascia transversalis et l'aponévrose ombilico-prévésicale.

Ces différents plans traversés, on arrive sur la vessie et le péritoine.

2° *Rapports avec le péritoine.*

Lorsque la vessie est vide, le péritoine se réfléchit directement de la paroi abdominale antérieure sur sa face supérieure, la tapisse, se porte latéralement sur la paroi pelvienne et gagne en arrière le rectum chez l'homme (cul-de-sac de Douglas), l'utérus chez la femme (cul-de-sac vésico-utérin).

Quand la vessie est pleine, le péritoine forme un cul-de-sac prévésical dont le fond est situé à 1-2 cm. au-dessus de la symphyse.

Le péritoine est-il décollable ?

La vessie, contenue dans une loge fibro-séreuse, est séparée des parois de cette loge par un tissu celluleux qui constitue la gaine allantoïdienne de Paul DELBET.

C'est de l'importance et de la structure de cette gaine, variable suivant les individus et suivant les points considérés, que dépend le décollement du péritoine : facile avec une gaine allantoïdienne épaisse, difficile avec une gaine mince.

Pratiquement :

1° *Le cul-de-sac antérieur* se laisse facilement refouler jusqu'à l'insertion de l'ouraque, environ 5-6 cm. au-dessus de la symphyse. A ce niveau le péritoine est intimement adhérent à la base de l'ouraque d'une part, et aux artères ombilicales d'autre part. Il faut sectionner ces trois formations pour poursuivre le décollement.

2° *Sur le dôme et la face postérieure*, l'étendue du décollement du péritoine est essentiellement variable selon les auteurs, et vraisemblablement aussi suivant les sujets. Parfois, en effet, ce décollement peut être poussé sur toute l'étendue de la vessie jusqu'aux vésicules séminales chez l'homme, ou l'isthme utérin chez la femme.

Le plus souvent on rencontre :

a) une zone décollable supérieure : 1 ou 2 travers de doigts en deçà de l'ouraque.

b) une zone décollable inférieure : près du bord postérieur de la vessie.

c) une zone intermédiaire (partie moyenne de la face supérieure) ellipsoïde, d'étendue variable, où le péritoine est adhérent.

II. Différentes voies d'abord de la vessie

Dans ce chapitre, nous nous proposons d'étudier les différentes voies d'abord utilisées en considérant leurs avantages et leurs inconvénients.

La vessie peut, en effet, être abordée :

A) *Par sa face antérieure* : 1° A travers la paroi antérieure : c'est la voie la plus couramment employée.

Incision de la paroi, taille verticale ou transversale.

Découverte de la vessie que l'on peut faire saillir grâce au remplissage par de l'air ou par un liquide.

Relèvement du cul-de-sac péritonéal.

Ouverture de la vessie dans le sens vertical ou dans le sens transversal et mise en place de fils suspenseurs.

Le temps vésical de l'intervention terminé, on ferme la vessie et la paroi en laissant une cystostomie de drainage.

Cette technique a l'avantage de la simplicité et de la rapidité ; mais le champ opératoire est limité entre le bord supérieur de la symphyse et le cul-de-sac péritonéal qui, même refoulé, ne laisse qu'un espace de 5 à 6 cm. de haut.

2° On peut agrandir le jour ainsi obtenu : a) en bas *par symphysectomie* :

Section de la symphyse soit avec le bistouri en serpette, soit à l'aide d'une scie de GIGLI.

Disjonction de la symphyse par abduction des genoux.

A la fin de l'intervention, après réunion des différents plans aponevrotiques et cutanés, il faut maintenir les cuisses en extension et adduction et un bandage de corps très serré autour du bassin pendant 15 jours.

Par résection pubienne : Taille d'un volet osseux ayant 2 cm. de hauteur et étendu d'en dedans d'une épine pubienne à l'autre.

C'est la *taille trans-pubienne* dont la technique compliquée et les dégâts importants qu'elle nécessite, les troubles de la marche qui peuvent en résulter, ont rendu l'emploi de plus en plus rare.

b) En haut : *par ouverture du péritoine* : c'est l'intermédiaire entre la voie trans-péritonéale et la voie extra-péritonéale. Ce procédé qui, grâce aux progrès de l'asepsie et la protection de la grande cavité à l'aide de champs abdominaux, ne présente aucun danger,

peut avec avantage, être terminé par l'extra-péritonisation secondaire.

Nous n'insisterons pas sur la *taille sous-pubienne*, exceptionnellement employée.

B) *Par sa face supérieure* : C'est la voie trans-péritonéale. L'extra-péritonisation primitive est en somme une modification de cette technique.

C) *Par sa base* : Chez l'homme : c'est la voie périnéale.

Chez la femme : c'est la voie vaginale.

1. Voie périnéale.

Incision cutanée de 8-9 cm. d'une tubérosité ischiatique à l'autre, concave en arrière, pré-anale, passant sur la ligne médiane à 2 cm et demi de l'anus.

Incision du raphé bulbaire juste en arrière du bulbe.

Section du muscle recto-urétral, qui permet de pénétrer dans l'espace rétro-prostatique décollable de PROUST et GOSSET.

Une valve étant placée en arrière, protégeant l'ampoule rectale on voit la prostate et, au-dessus, la vessie entre les deux pédicules génitaux.

A la fin de l'intervention : il suffit de reconstituer le plan vésical, le plan musculaire par 2 ou 4 points de chaque côté de la ligne médiane, le plan cutané.

Cette voie périnéale, si pratique pour la prostatectomie périnéale parce que peu choquante, ne présente pour la vessie que des inconvénients :

1) La profondeur à laquelle il faut opérer, vue l'épaisseur du périnée.

2) L'étroitesse du champ opératoire, limité par la présence de la prostate, les vésicules séminales, les uretères, qu'il est difficile de repérer par cette voie.

3) Les dangers de lésions du rectum plus ou moins facile à dégager.

4) La présence de la plaie vésicale au point déclive rendant la cicatrisation plus difficile et laissant le risque plus grand d'une fistule urinaire.

5) La difficulté d'exécution de cette technique qui est beaucoup plus délicate que la voie antérieure.

II. Voie vaginale.

Incision verticale de la paroi vésico-vaginale : on fait saillir la vessie à l'aide d'un instrument introduit par l'urètre (tel que le désenclaveur de Young).

A la fin de l'intervention, fermeture de la brèche en deux plans : plan vésical et plan vaginal.

Cette taille vaginale est d'exécution rapide et facile, mais elle donne un jour limité et risque de provoquer une fistule vésico-vaginale.

Pour éviter cette dernière, on peut inciser à un niveau différent la muqueuse vaginale et la paroi vésicale : c'est la taille vésicale pré-utérine (ROCHER).

III. Voie d'abord de l'uretère juxta-vesical

Nous n'envisageons ici que la découverte du segment inférieur de l'uretère, portions juxta-vésicale et intra-vésicale, en vue de l'urétérectomie totale ou de l'exploration de ce segment.

1° La voie iliaque :

Incision sus-crurale, parallèle à l'arcade, à deux travers de doigts au-dessus d'elle, jusqu'au bord du grand droit, sur lequel on peut empiéter (ligature de l'épigastrique au besoin). Elle peut prolonger en bas la plaie lombaire.

Incision de l'aponévrose, section des fibres du petit oblique et du transverse.

Refoulement du péritoine.

Découverte de l'uretère, collé à ce péritoine. Pour le trouver, il faut souvent remonter jusqu'à la bifurcation de l'iliaque primitive.

Cette voie permet de pratiquer par la même incision la néphro-urétérectomie. Mais on reste malgré tout, éloigné des segments para-vésical et intra-vésical de l'uretère, ce qui est gênant si l'on veut enlever en même temps une collerette vésicale. D'autre part cette grande incision lombo-iliaque pour la néphro-urétérectomie est très traumatisante et peut compromettre la statique pariétale.

2° La voie trans-vésicale :

L'uretère est abordé par son extrémité vésicale.

Cette voie donne une exploration limitée sur l'uretère et rend sa résection difficile.

IV. Déductions chirurgicales

La vessie est un organe extra-péritonéal mais adhérent au péritoine par sa face postérieure.

Les techniques chirurgicales, qui comportent le simple refoulement du péritoine tel qu'il est communément pratiqué, empêchent de bien explorer cette face postérieure.

Celles qui comportent l'ouverture du péritoine, permettent une exploration facile de cette face postérieure mais gênent l'examen des faces latérales et antérieure.

Par ces deux méthodes, l'exploration de la base et de l'uretère pelvien est impossible.

Seule, la libération de la vessie des adhérences péritonéales permet d'explorer la vessie en totalité, la modification de ses rapports avec les organes voisins, par exemple l'extension d'un cancer du fond, et la portion juxta-vésicale des uretères aussi facilement que l'on examine l'utérus et les annexes, pour poser des indications opératoires plus précises. C'est ce que permet, quand le décollement complet du péritoine est impossible, l'extra-péritonisation primitive de la vessie.

D'autre part, l'exclusion de la grande cavité d'une plaie viscérale est pratiquée en chirurgie chaque fois qu'elle est possible. C'est ce que réalise l'extra-péritonisation secondaire.

Enfin la présence d'un plan supplémentaire (plan péritonéal) renforce la solidité de la suture vésicale.

V. Technique de l'extraperitonisation primitive

(Procédé de Voelcker)

Le sujet sera placé en décubitus dorsal, en position déclive de Trendelenburg.

L'opérateur se met à gauche.

L'instrumentation ne diffère pas de l'instrumentation habituelle de la chirurgie vésicale.

1° PREMIER TEMPS.

Incision : médiane, sous-ombilicale, de 10-12 cm., partant du bord supérieur de la symphyse pubienne et allant jusqu'à l'ombilic.

Elle intéresse la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, la ligne blanche.

Pour agrandir le jour donné par cette incision, il suffit de désinsérer partiellement les droits, sur 1 cm. 5, au niveau de leur insertion pubienne. Pour ce faire, il faut donner un coup de bistouri ou de ciseaux, transversalement, de chaque côté, à droite et à gauche, au ras du pubis.

Certains auteurs (LICHTENBERG, SUGAR) préfèrent une incision transversale, concave en haut, passant à un travers de doigts au-dessus du pubis :

Soit l'incision transversale de tous les plans de la paroi : incision de BARDENHEUER.

Soit incision transversale de la peau et du feuillet antérieur de la gaine des droits, libération des adhérences à la ligne blanche, écartement des muscles droits et incision verticale du mince feuillet postérieur de la gaine des droits : incision de PFANNENSTIEHL.

Quelle que soit l'incision pratiquée, on arrive ainsi sur le péritoine :

On met en place un écarteur autostatique pour écarter les muscles.

2° DEUXIÈME TEMPS.

Repérage et refoulement du cul-de-sac péritonéal : ce temps n'a rien de particulier. Comme pour la cystostomie sus-pubienne, l'index de la main droite, enveloppé d'une compresse, est glissé derrière la symphyse, dans l'espace de Retzius et est ramené en haut en raclant la face antérieure de la vessie. On refoule ainsi : la graisse pré-vésicale et le cul-de-sac péritonéal.

Sous ce cul-de-sac, apparaît la face antérieure de la vessie, reconnaissable à la couleur gris-rosée, l'aspect fasciculé et aux vaisseaux que l'on voit ramper à sa surface.

Pour pratiquer ce temps, on peut remplir la vessie :

Soit de liquide : on a objecté l'inconvénient de l'inondation à l'ouverture de la vessie.

Soit avec de l'air : on a objecté le danger de mort par embolie gazeuse. Ce danger peut être évité en pratiquant le remplissage de la façon suivante :

On place dans la vessie une sonde à laquelle on adapte une soufflerie de thermocautère. On incise les plans pariétaux. On amorce le décollement et l'on n'insuffle seulement que lorsque tous les plans pré-vésicaux ont été incisés de façon à pouvoir, en contrôlant

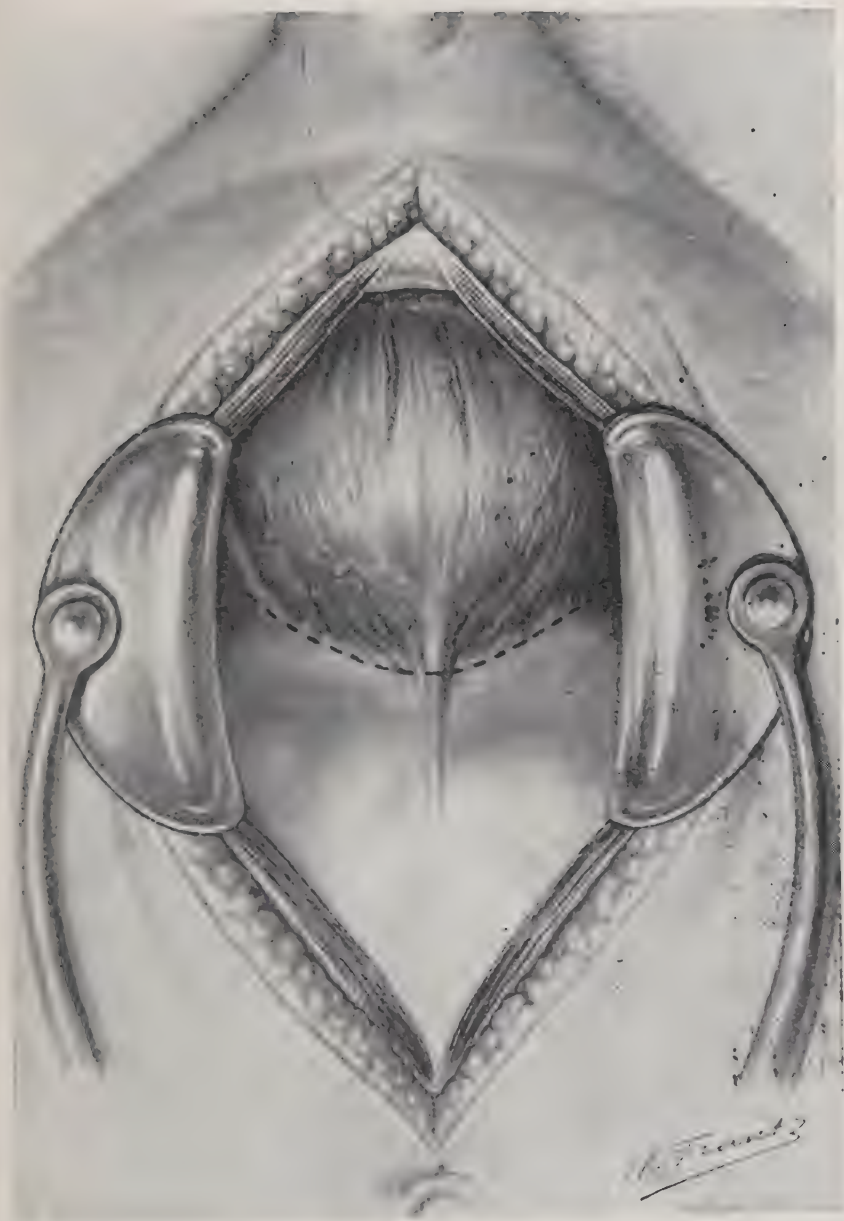


FIG. 1. — Extrapéritonisation primitive (VOELCKER) : incision du péritoine
au-dessus de la vessie décollée.

par le doigt et par la vue, éviter la mise en tension de la vessie. La cause d'embolie est due, en effet, au reflux de l'air dans l'uretère, puis reflux pyélo-veineux au niveau des calices par excès de pression intravésicale (PAPIN).

Ce remplissage de la vessie facilite le refoulement du péritoine, en accentuant le cul-de-sac, et le repérage de la vessie. Mais ce n'est pas indispensable.

3° TROISIÈME TEMPS.

Section de l'ouraque et des artères ombilicales : le péritoine est refoulé le plus haut possible. Mais, vers le sommet de la vessie, on est arrêté par l'ouraque et les artères ombilicales. Par contre, latéralement, le décollement peut se poursuivre. Ainsi, en décollant le péritoine de chaque côté, puis en revenant vers le sommet, on arrive à isoler ce pédicule supérieur, à le lier et le sectionner sans ouvrir la séreuse.

Une pince en cœur ou une pince de Museux est alors placée à ce niveau sur la vessie, et sert de tracteur.

Si cette libération est difficile, on passe d'emblée au temps suivant : l'ouverture du péritoine.

Si elle est possible, on décolle le péritoine le plus loin possible sur la face postérieure de la vessie.

4° QUATRIÈME TEMPS.

Ouverture du péritoine : à un certain niveau, l'adhérence est plus forte, le décollement impossible. Il faut ouvrir la séreuse. Pour ce faire : une pince de Terrier saisit la séreuse près de la vessie ; une autre la saisit 1 cm. plus haut sur la ligne médiane. Un coup de bistouri donné dans le sens transversal entre ces deux pinces, ouvre la séreuse.

On agrandit cette ouverture, obliquement, aux ciseaux, des deux côtés, en coupant parallèlement à la zone d'adhérence, jusqu'aux bords latéraux de la vessie. Ainsi sont dessinés les deux bords supérieurs du losange péritonéal à laisser adhérent à la face postérieure de la vessie.

Par l'incision du péritoine, on voit les anses intestinales que l'on peut refouler au besoin, à l'aide de champs abdominaux.

5° CINQUIÈME TEMPS.

Incision inférieure du péritoine vésical et fermeture de la séreuse :

la vessie étant tirée en haut et vers le pubis, d'un côté ou de l'autre, on fait au bistouri une incision du péritoine vésical convexe en bas, qui, partant d'une extrémité de la première incision, descend sur la face postérieure de la vessie, jusqu'à 1 cm. environ du point de réflexion du péritoine sur les vésicules séminales et le muscle interséminale chez l'homme; sur l'utérus, chez la femme. A cet endroit, le péritoine est de nouveau décollable. On peut d'ailleurs se rendre compte du niveau de cette zone décollable en soulevant la séreuse à l'aide d'une pince à disséquer et en coupant au fur et à mesure avec des ciseaux.

Cette seconde incision étant faite, on amorce le décollement de cette secondeèvre péritonéale.

Puis, après avoir retiré les champs abdominaux, on suture les deux lèvres péritonéales par un surjet, au catgut N° 0 et on ferme ainsi la cavité péritonéale.

6° SIXIÈME TEMPS.

Achèvement du décollement : dès lors le décollement du péritoine peut se poursuivre :

Chez l'homme : au milieu jusqu'au rectum et latéralement jusqu'aux parois du petit bassin, découvrant ainsi l'espace pelvi-rectal. Chez la femme : jusqu'à l'isthme de l'utérus au milieu et jusqu'aux parois pelviennes latéralement, découvrant ainsi l'espace vaginovoésical et le contenu du ligament large dont la paroi antérieure a été relevée.

Résultats. — De cette façon, la vessie est entièrement séparée du péritoine et peut être incisée jusqu'à la base sans danger pour la cavité péritonéale.

D'autre part, le péritoine pelvien ayant été refoulé de chaque côté il est facile de trouver l'uretère grâce à un point de repère :

Le canal déférent chez l'homme que l'on trouve croisant la face postérieure de la vessie, puis descendant vers la base : c'est en le suivant dans cette direction que l'on trouve un gros cordon blancâtre, l'uretère, qui le croise en arrière et qui est croisé en avant un peu plus haut par l'artère génito-vésicale.

Chez la femme : le point de repère est l'artère utérine, qu'il est facile d'apercevoir, décrivant sa courbe de sa portion pariétale à sa portion utérine, en surcroisant l'uretère, à la base du ligament large.

Quand il s'agit d'une intervention sur la vessie, la manœuvre

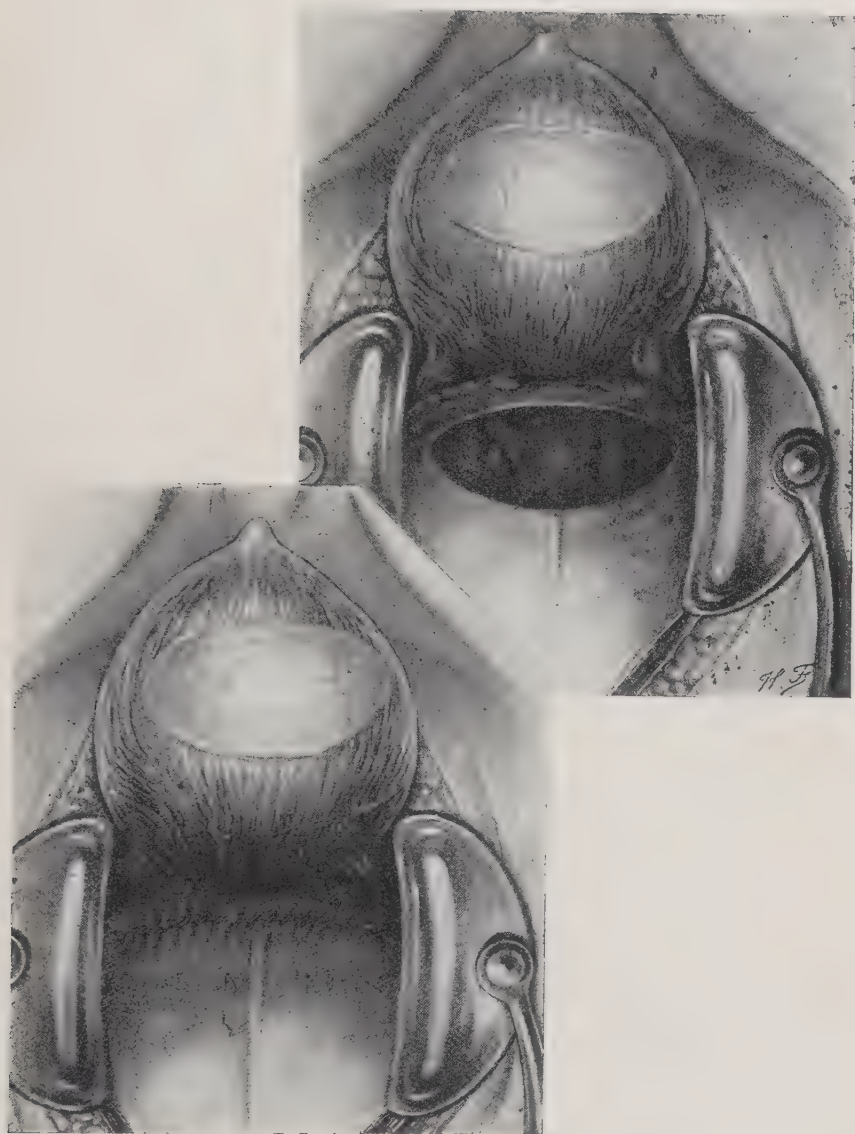


FIG. 2. — Extrapéritonisation primitive. Lambeau elliptique de péritoine adhérent à la vessie. Suture de la brèche péritonéale.

du décollement et de l'extra-péritonisation peut, dans certains cas, être favorisée par *l'ouverture de la vessie*.

Dans ces cas ; le début de l'intervention consiste en une cystostomie par le procédé classique : refoulement du péritoine, remplissage de la vessie par de l'air, ouverture de la vessie.

Dès lors, l'index de la main gauche étant coiffé par la face postérieure de la vessie (comme par un sac de hernie) le refoulement du péritoine vers le haut en est grandement facilité.

L'ouverture du péritoine et la première incision ne comportent rien de particulier.

L'incision inférieure du losange péritonéal, laissé sur la vessie est plus facile à faire car on peut se guider par le doigt intra-vésical.

Enfin le dernier temps du décollement est facilité également pour la même raison que le refoulement du cul-de-sac pré-vésical.

7° SEPTIÈME TEMPS.

A la fin de l'intervention : la conduite à tenir dépend essentiellement de la nature de l'intervention :

Si la vessie est laissée intacte, il suffit de raccorder les deux segments de l'ouraque : le bout vésical sur lequel était placée la pince en cœur servant de tracteur pour la vessie ; le bout pariétal que l'on a repéré au début, soit par une pince, soit par une ligature.

S'il s'agit d'une intervention sur la vessie avec cystostomie temporaire, il suffit de fixer par quelques points le sac péritonéal à la portion de la vessie située derrière l'orifice de cystostomie.

VI. Technique de l'extrapéritonisation secondaire

(Procédé de Papin)

A. L'extra-péritonisation secondaire est toute différente comme but et comme technique. Elle ne peut s'appliquer qu'à la chirurgie vésicale.

La position de l'opéré et des opérateurs est la même que pour l'intervention précédente.

1° *Incision de la paroi* : Ce temps n'a rien de particulier : c'est une laparotomie médiane sous-ombilicale ou transversale intéressant : peau, aponévrose, muscles, péritoine.

2° Le péritoine ouvert, on place une valve abdominale, on refoule et protège les anses intestinales à l'aide de champs abdominaux.

3° Deux pinces de Kocher saisissent la vessie de chaque côté de la ligne médiane. *La vessie est ouverte* entre ces deux pinces et on agrandit aux ciseaux l'orifice ainsi fait autant qu'il est utile.

4° Le temps intra-vésical de l'intervention, la suture de la vessie et l'orifice de cystostomie étant pratiqués, c'est alors que commencent les temps spéciaux à l'extra-péritonisation secondaire.

5° Pour faire cette *extra-péritonisation secondaire* : on commence la fermeture du péritoine pariétal par un surjet au catgut allant de l'ombilic vers le pubis. Mais, arrivé à un peu plus de la moitié de la fente péritonéale, on arrête ce surjet.

6° Puis chaque lèvre est suturée au péritoine vésical de chaque côté de la ligne de la suture vésicale soit par deux surjets, soit par des points séparés. La suture, ainsi obtenue, a la forme d'une raquette.

L'index de la main gauche introduit dans la vessie par l'orifice de cystostomie peut favoriser cette manœuvre en amenant la paroi vésicale au contact du péritoine pariétal.

7° Fermeture des plans musculaire et cutané.

B. Parfois l'*extra péritonisation secondaire* est une manœuvre *forcée* : Au cours d'une intervention sur la vessie, il faut agrandir l'orifice de cystostomie et l'on peut être forcé d'empiéter sur le cul-de-sac péritonéal.

La séreuse est ainsi ouverte sur une étendue plus ou moins grande. On met une compresse ou un champ protecteur puis on poursuit l'intervention.

A la fin de l'intervention, il faut fermer la vessie et le péritoine : on rétrécit la brèche vésicale par des points séparés autant qu'il est utile, puis on fixe la lèvre supérieure de la séreuse à la paroi postérieure de la vessie, en arrière de la plaie vésicale mettant ainsi celle-ci hors de la cavité péritonéale et reportant en arrière la ligne de réflexion du péritoine vésico-pariétal.

VII. Indications

L'*extra-péritonisation primitive* du type de VOELCKER, est indiquée pour les interventions nécessitant une exploration étendue de la vessie et de la portion juxta-vésicale des uretères.

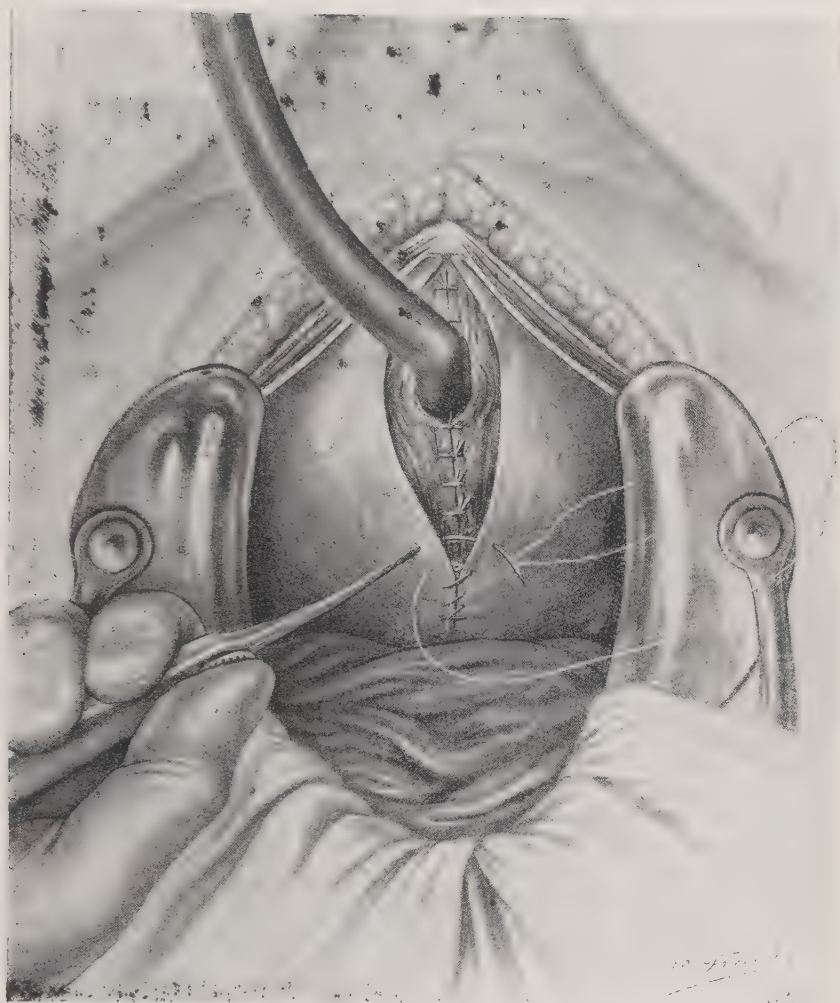


FIG. 3. -- Suture de la paroi vésicale, plan musculo-muqueux terminé, plan séreux en exécution.

1° Tumeurs étendues difficiles à préciser par la cystoscopie : les tumeurs du fond vésical surtout.

Dans ces cas de tumeurs, l'extra-péritonisation primitive a un double avantage : a) celui de voir l'extension de la tumeur en arrière au vagin et au rectum, en bas à la prostate, ce qui peut constituer une indication de non intervention.

b) Celui de préciser l'importance de la cystectomie à pratiquer.

2° Tumeurs siégeant autour du méat urétéral et nécessitant l'exploration de l'uretère.

En effet : a) l'ablation de ces tumeurs peut nécessiter soit la résection du segment inférieur de l'uretère suivie de réimplantation ; soit la néphro-urétérectomie totale quand la tumeur a provoqué la dilatation sus-jacente avec destruction du parenchyme rénal.

b) Il peut s'agir de tumeur de l'uretère faisant issue dans la vessie pour laquelle il pourra être indiqué de faire une néphro-urétérectomie.

3° Certains diverticules de la partie inférieure et latérale de la vessie, cas très fréquents, souvent bilatéraux, affectant des rapports étroits avec l'uretère qui est englobé sur un trajet variable dans la paroi diverticulaire.

Pour dégager cet uretère il faut aller le chercher au-dessus du diverticule et le libérer de haut en bas.

4° Calculs de la région juxta-vésicale de l'uretère et en particulier calculs bilatéraux qui peuvent être enlevés dans la même séance.

5° Certaines fistules vésico-vaginales : parfois la vessie est rétractée et adhérente. Il faut pratiquer une large ouverture et libérer la vessie.

Certains cas de fistules urétéro-vaginales ou urétéro-vésico-vaginales : lorsque l'on veut pratiquer une résection urétérale et une urétéro-néo-cystostomie.

6° La néphro-urétérectomie totale sur laquelle nous n'insisterons pas et qui peut être indiquée pour : a) urétéro-hydronéphrose avec reflux ; b) uretères doubles ; c) calculs urétéraux avec dilatation sus-jacente ; d) tuberculose réno-urétérale ; e) tumeurs de l'uretère et du bassin.

L'extra-péritonisation secondaire est indiquée :

1) Pour les interventions sur la région antérieure de la vessie .

interventions limitées et fixées d'avance : tumeurs de la paroi antérieure, diverticules ouraquiens, quand on fait une cystectomie partielle. La suture est ainsi péritonisée

2) Pour les interventions praticables par voie endovésicale nécessitant une ouverture moyenne : gros calculs, tumeurs pédiculées ne nécessitant pas une cystectomie.

3° En remplacement de l'extra-péritonisation primitive : dans certains cas où l'on pensait pratiquer une extra-péritonisation primitive, la lèvre inférieure du losange dessiné sur la face postérieure de la vessie peut être friable ou adhérente, surtout au cas de lésions infectieuses avec péricystite (notamment dans les fistules vésicovaginales) rendant la suture péritonéale impraticable.

En ces cas, le mieux est de poursuivre l'intervention et de terminer par extra-péritonisation secondaire.

Cependant SUGAR, dans un cas analogue, fit une incision transversale du péritoine revêtant la paroi antérieure de l'utérus et put ainsi fermer la cavité péritonéale avant de pratiquer le temps intravésical de l'intervention (Obs. N° IV).

4° Dans les interventions itératives sur la vessie enfin ou lorsque la malade a subi une autre intervention intéressant la région sus-pubienne, le tissu de cicatrice peut en ce cas combler la cavité de Retzius et rendre difficile sinon impossible la découverte et le refoulement du cul-de-sac péritonéal, et de ce fait, la cystostomie antérieure simple ou l'extra-péritonisation primitive.

C'est là une des indications les plus importantes de l'extra-péritonisation secondaire. On a d'ailleurs ainsi une cicatrisation bien meilleure, la cicatrice étant recouverte de péritoine, mais isolée de la grande cavité.

VIII. § Résultats

Nous avons tenté, en exposant les techniques de l'extra-péritonisation primitive et de l'extra-péritonisation secondaire, de démontrer les facilités opératoires qu'elles donnent : libération de la vessie, découverte facile des uretères, isolement de la plaie vésicale de la grande cavité.

Nous verrons, par les observations suivantes, qu'au point de vue vital ces techniques ne comportent aucune gravité spéciale.

Les suites immédiates sont en général simples. Nous n'avons

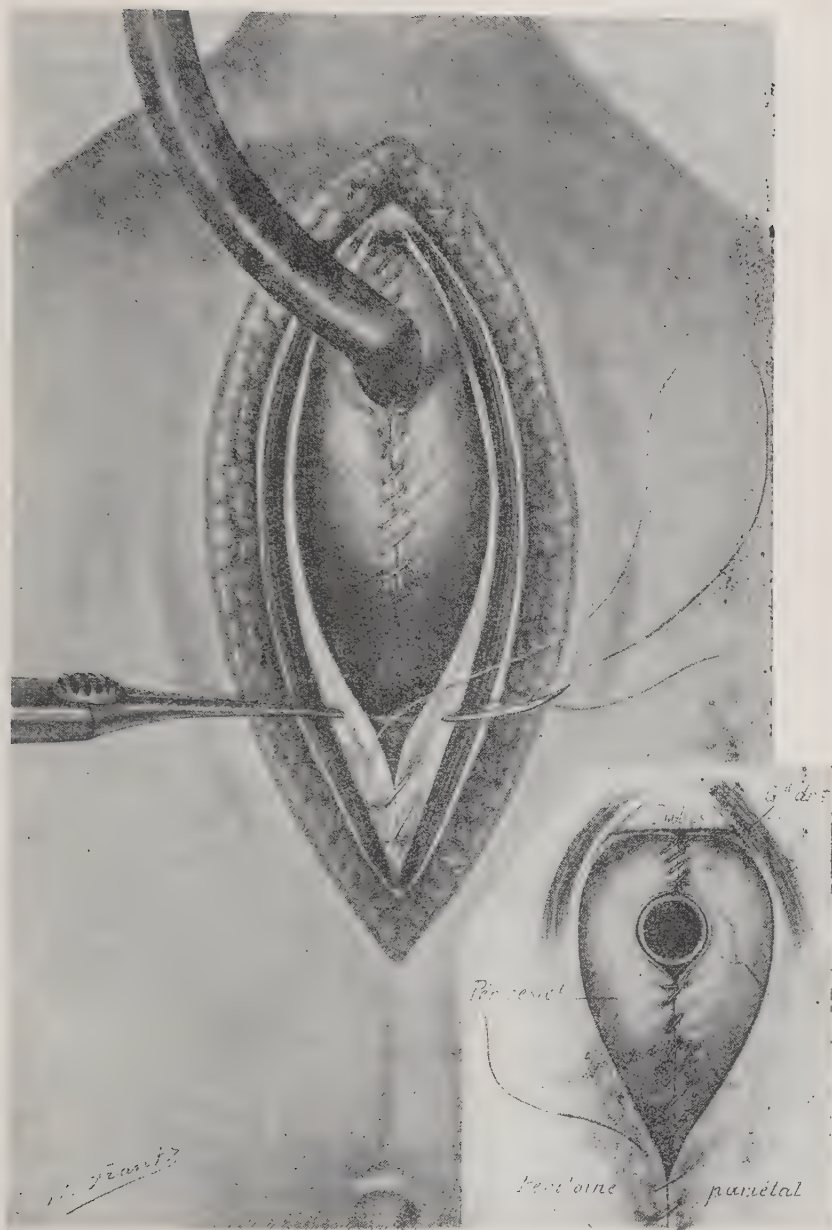


FIG. 4. — Début du surjet du péritoine.

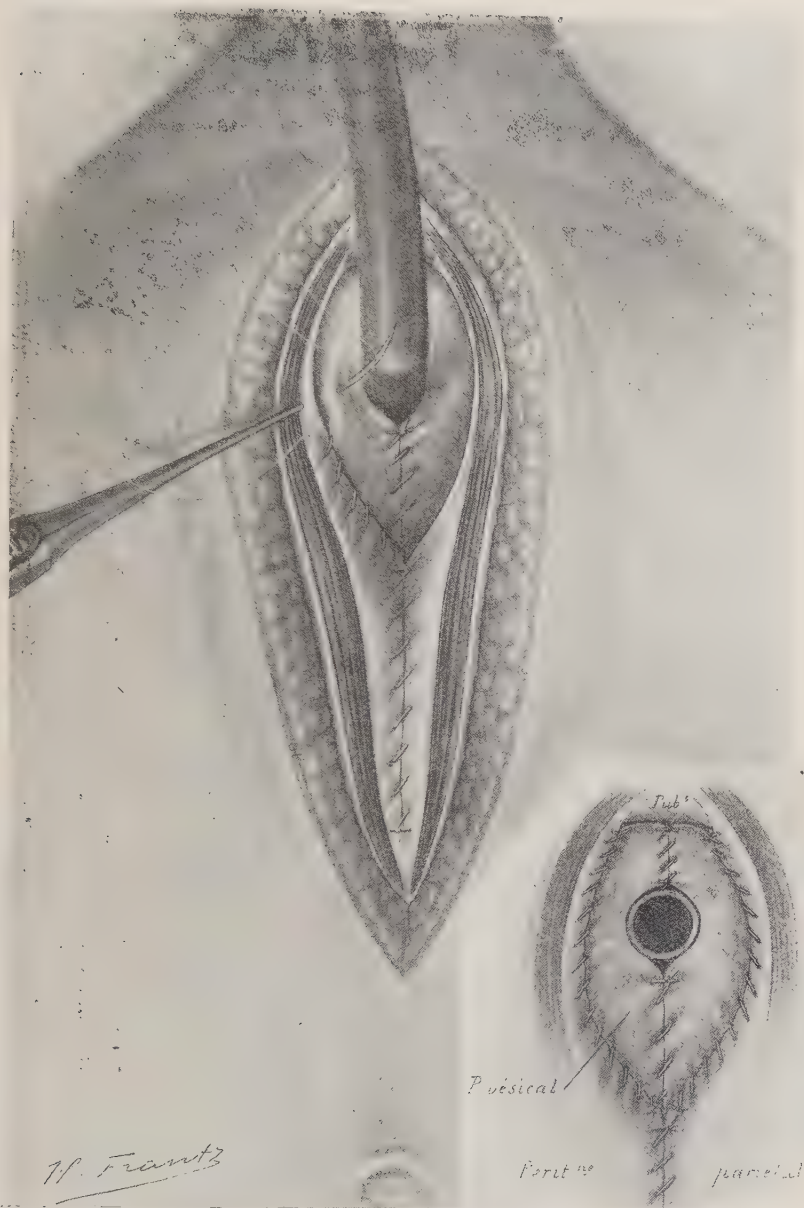


FIG. 5. — Le péritoine pariétal est suturé au péritoine vésical.
L'ensemble de la suture pariétale a la forme d'une raquette.

jamais constaté de réactions péritonéales graves. Dans un cas (obs. II), les premiers jours il y eut quelques vomissements et une légère contracture abdominale ; mais ces troubles disparurent rapidement par la glace sur le ventre et les lavages d'estomac.

Quant aux trois cas de mort relatés, ils furent dus à une cause indépendante de la technique employée : deux morts par urémie, une mort par embolie.

IX. OBSERVATIONS

A) Extrapéritonisation primitive

OBSERVATION I. (Inédite). Novembre 1931.

M^{me} G... 66 ans. Tumeur de vessie. Extra-péritonisation primitive.

Vient pour phénomènes de cystite et hématurie. A. H. A. P. Rien de particulier. H. M. Il y a cinq ans, la malade est venue consulter dans le service pour hématuries causées par un polype vésical. Elle a refusé l'intervention et après une légère amélioration a quitté le service.

Elle revient aujourd'hui : pendant cinq ans, aucune douleur mais plusieurs hématuries initiales avec gros caillots fétides. Actuellement elle se plaint de sensation de brûlures dans la vessie, dysurie, brûlure à la miction.

Douleur vague au niveau du rein gauche. Les urines sont très troubles. Constipation opiniâtre.

Examen clinique : négatif.

..Cystoscopie : Vessie à colonnes. Grosse tumeur au niveau de l'orifice droit qu'on ne voit pas.

Azotémie = 0,43.

Intervention : 13-11-31. Incision médiane sus-pubienne de 15 cm. Ecartement des muscles droits et incision de 15 mm. de chaque côté de l'insertion pubienne. Refoulement du péritoine le plus loin possible puis ouverture de la séreuse en découpant un losange sur la vessie. Fermeture du péritoine. La vessie ouverte, montre une très grosse tumeur et deux petites. Résection de la grosse tumeur par cystectomie partielle. En tirant la tumeur on amène l'uretère qui est coupé à 2 cm. au-dessus.

Réfection de la vessie par suture au-dessus et au-dessous de l'uretère. Sonde urétérale placée dans l'uretère et sortie par l'urètre par une sonde à bout coupé. L'uretère est fixé à la paroi vésicale par deux fils. Résection des deux autres tumeurs avec suture muco-muqueuse. Drain vésical et fermeture de la vessie au-dessus et au-dessous.

On ramène le péritoine par trois points : un médian, deux latéraux. Paroi en deux plans.

Suites : au point de vue péritonéal : aucun incident. La sonde urétérale ne donne rien pendant les quatre premiers jours, mais le cinquième jour commence à donner un peu d'urine. Le 26-11-31, la sonde urétérale est sortie toute seule. Le 27-11-31, ablation de la sonde vésicale, les mictions sont normales. Le rein droit n'est ni gros ni douloureux à la palpation.

Cystoscopie : dans la région droite du trigône on voit une zone rouge, à peine œdématiée avec une grosse niche et plus en dedans une petite dépression qu'on essaie en vain de cathétiser. (Orifice au fond de la grosse niche ?) Sortie le 10 décembre 1931, parfait état. Il reste un calcul du rein droit à enlever.

OBSERVATION II (Inédite). Décembre 1931.

M^{me} M... Augustine, 81 ans. Tumeur de vessie. Extra-péritonisation primitive.

Dysurie, ayant débuté il y a trois mois. Sans douleurs au début. Depuis deux mois, la dysurie s'est accentuée et s'est accompagnée de phénomènes douloureux : Pollakiurie diurne et nocturne (la malade urine toutes les 15 minutes). Faux besoins, besoins impérieux, parfois petites hématuries terminales douloureuses. A. P. néant. La malade a toujours été bien portante. A. H. = 0.

..Cystoscopie : 14-11-31. A gauche : au-dessus de l'orifice urétéral on voit quelques plaques de cystite localisée et une saillie grosse comme un petit pois sessile : diagnostic : néo de la vessie. Azotémie = 0,41.

Intervention : 30-12-31. Incision sus-pubienne longue. Découverte de la vessie. On commence le décollement mais on est forcé d'ouvrir le péritoine pour faire l'extra-péritonisation primitive. Celle-ci est très difficile parce que le fond de la vessie est fixé au bassin. On ferme le péritoine avec difficulté. On ouvre la vessie largement et on aperçoit la tumeur qui est ulcéreuse et creuse en profondeur. Avec la pointe du bistouri électrique on fulgure la surface ulcérée et les bords de l'ulcération. Fermeture de la vessie avec drain dans la vessie et drain dans l'espace de Retzius. Paroi en deux plans.

Suites opératoires : le soir de l'intervention et le lendemain bon poulx à 85. Pas de vomissements. Le deuxième jour, vomissements aqueux. Le troisième jour, vomissements noirâtres. Contracture abdominale. Traitement : lavage d'estomac, sonde rectale, H. Cl., spartéine, strychnine. Les vomissements persistent. Nouveau lavage d'estomac. Goutte à goutte rectal. Délabrement de la plaie. Fin des vomissements. Ventre souple. La malade n'a recommencé à boire que le soir du cinquième jour. Purge le septième jour. Depuis, ventre souple. Le 16-1-32, changement de la sonde de Petzer. Le ventre reste un peu ballonné mais l'état général est parfait,

température et pouls normaux, plaie cicatrisée. Cependant cachexie progressive et le 21 février 1932, coma urémique et mort.

OBSERVATION III (D^r SUGAR).

M. M... A. 68 ans. Tumeur de vessie. Extra-péritonisation primitive.

Le malade se plaignait depuis quatorze jours de pollakiurie et d'hématurie. La cystoscopie démontra une tumeur ulcéreuse de la paroi droite de la vessie. La cystographie montra une lacune de la paroi vésicale droite.

Opération : Incision de Bardenheuer plus poussée à droite qu'à gauche. Extra-péritonisation de la vessie selon VOELCKER. Après mobilisation de la vessie une infiltration étendue de la paroi droite put être appréciée, tandis qu'avant l'extra-péritonisation on ne la trouvait pas nettement. Une ouverture de la paroi antérieure droite fut pratiquée et une tumeur saignante, carcinomateuse, ayant environ la taille et la forme d'un œuf de poule fut trouvée, située sur la paroi postérieure droite qui était profondément infiltrée. La tumeur s'étendait juste au-dessus de l'orifice urétral droit. On réséqua cette tumeur avec une large portion de la paroi vésicale environnante. La vessie fut fermée par un simple plan de catgut. Une sonde à demeure fut placée dans la vessie par l'urètre. Drain dans l'espace de Retzius. Paroi en deux plans.

Suites : Après dix-huit jours, le malade sort en bon état sans aucun trouble, urines claires, retenues environ quatre heures sans difficulté.

OBSERVATION IV (D^r SUGAR).

M^{me} M. H... 55 ans. Tumeur de vessie. Extra-péritonisation primitive.

Se plaint depuis deux mois de mictions douloureuses, hématurie constante. L'examen cystoscopique montra une tumeur ulcérée de la paroi postérieure, s'étendant presque jusqu'aux orifices urétéraux qui, quoique épaissis par l'œdème, ne semblaient pas envahis.

Opération : Incision de Bardenheuer. Extra-péritonisation de la vessie selon le procédé de VOELCKER. Cependant après l'incision antérieure du péritoine on découvrit que la plus grande partie de la paroi postérieure de la vessie était envahie par une tumeur qui avait aussi envahi la couverture péritonéale sur une large surface. Par une palpation soigneuse, on trouva même que, sous cette enveloppe péritonéale, la tumeur était adhérente à l'utérus. Malgré son adhérence à l'utérus, la tumeur était encore mobile et aucune métastase ne semblait exister, de telle sorte que sa résection était encore possible. Avant de l'exécuter, cependant, l'extra-péritonisation de la vessie fut poursuivie. Du fait de l'infiltration de l'enveloppe péritonéale couvrant le sommet et la paroi vésicale postérieure, celle-ci

dut être accomplie d'une manière quelque peu modifiée. Une incision transversale fut dans ce but faite sur le péritoine revêtant la paroi antérieure de l'utérus juste au-dessus de la ligne de réflexion et le plan péritonéal ainsi obtenu fut repoussé en haut et suturé à laèvre péritonéale antérieure fermant ainsi la cavité péritonéale. La tumeur fut alors minutieusement séparée de l'utérus au bistouri et la tranche cruantée de la musculature utérine fut réunie par un rangée de catgut. La tumeur fut alors complètement enlevée par excision de la portion envahie de la paroi vésicale postérieure. La vessie fut d'abord suturée en arrière longitudinalement ; mais, après 4 ou 5 points, la tension devint excessive. Aussi la moitié gauche de la vessie dont il restait plus que de la droite fut tirée en haut et fermée par suture transversale continue de façon à former le toit. De cette façon, la vessie fut complètement fermée. Un drain fut placé dans l'espace de Retzius et une sonde à demeure fut introduite par l'urètre.

L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'une tumeur ulcérée ayant 7 cm. sur 7 cm. de large et environ 2 cm. d'épaisseur. Histologiquement c'était un carcinome à cellules squameuses.

Suites : Après vingt-cinq jours, la malade sortit en bon état, la plaie cicatrisée. L'urine était claire et pouvait être retenue quatre heures sans difficulté.

OBSERVATION V (D^r SUGAR).

M. M. W... 66 ans. Tumeur de vessie. Extra-péritonisation primitive.

Le malade se plaint depuis deux ans de mictions douloureuses et d'hématuries. Il présente à la cystoscopie une tumeur ulcérée sur la paroi postérieure de la vessie, s'étendant en bas et envahissant le trigône. Les orifices urétéraux semblaient n'être pas envahis mais repoussés par la tumeur. La muqueuse entourant la tumeur était hyperhémée et œdématisée.

Opération : La vessie fut découverte par l'incision abdominale transversale de Bardenheuer et après extra-péritonisation on put trouver une infiltration nette de la paroi vésicale postérieure. Une petite ouverture fut faite en avant et l'on put voir la tumeur de la grandeur d'une pièce de 50 centimes occupant une partie de la paroi postérieure et presque tout l'espace du trigône intermédiaire aux orifices urétéraux. Des sondes passées dans les uretères les montrèrent libres. La tumeur avait la forme d'un trapèze ulcéré au centre et avait infiltré déjà la paroi vésicale sur l'épaisseur d'environ 1 cm. Il était évident que pratiquer une résection radicale amènerait des difficultés avec les uretères. Etant donné le mauvais état général du malade, son âge avancé, le fait qu'une résection radicale entraînerait une réimplantation bilatérale des uretères, on renonça à l'opération radicale. Avec une curette tranchante, l'ulcère fut entièrement

râclé et sa base cautérisée. Une sonde à demeure fut introduite dans l'urètre. Vessie fermée en un plan au catgut. Drain dans l'espace de Retzius. Paroi abdominale en deux plans.

Suites : après vingt-cinq jours, le malade sortit en bon état, la plaie était bien guérie, l'urine claire.

OBSERVATION VI (D^r SUGAR). 1930.

M. L. P., 55 ans. Tumeur de la vessie. Extra-péritonisation primitive.

Depuis deux mois, douleur, mictions fréquentes et hématurie. A l'examen cystoscopique : tumeur ulcérée de la paroi gauche de la vessie.

Opération : Incision abdominale transversale de BARDENHEUER plus poussée à gauche qu'à droite. Extra-péritonisation suivant le procédé de VOELCKER. Après la mobilisation de la vessie, une infiltration de la paroi gauche était perceptible, tandis qu'avant l'extra-péritonisation elle n'avait pu être trouvée. Une ouverture de la paroi antérieure gauche de la vessie fut faite. On trouva une tumeur carcinomateuse, ulcérée, à base large, siégeant sur la paroi vésicale. La vessie fut fermée en un plan et un drain fut placé dans l'espace pré-vésical. L'abdomen fut fermé plan par plan. L'examen histologique montra une infiltration carcinomateuse de la musculature. La forme histologique de la tumeur montrait qu'il s'agissait d'un papillome malin.

Suites : Au bout de dix-sept jours, le malade sortit de l'hôpital en bon état, la plaie était bien guérie, l'urine était claire et pouvait être retenue pendant trois heures.

OBSERVATION VII (D^r SUGAR).

M. K. H., 66 ans. Diverticule de vessie. Extra-péritonisation primitive.

Depuis trois ans, mictions douloureuses et fréquentes, urines troubles et parfois hématurie terminale. Il y a six mois, il avait eu une rétention d'urine, nécessitant deux ou trois cathétérismes par jour. A 20 ans blennorrhagie ayant occasionné un rétrécissement de l'urètre postérieur et du col de la vessie, pour lequel il avait été dilaté. La cystoscopie a montré un diverticule s'ouvrant à la paroi postérieure de la vessie juste au-dessus du trigône : fait confirmé par la cystographie.

Opération : Incision abdominale de Bardenheuer. La vessie est alors extra-péritonisée selon la méthode de VOELCKER. A travers une petite incision du sommet, l'orifice du diverticule fut trouvé à la paroi postérieure juste au-dessus du trigône. Grâce à la complète mobilisation de la vessie, réalisée par l'extra-péritonisation, on eut un excellent accès sur la paroi postérieure de la vessie. Le collet du diverticule fut réséqué et l'ouverture

de la vessie qui en résulta fut fermée par un simple plan de catgut. Cependant, le sac lui-même était situé très profondément entre le rectum et la vessie, tellement adhérent qu'il ne put être libéré du rectum qu'au moyen d'une dissection soigneuse qui fut accompli sans lésions de ce dernier. Après diverticuléctomie l'examen du sphincter vésical le montra scléreux et résistant. Cette obstruction expliquait probablement l'étiologie du diverticule. Le sphincter fut incisé de façon à admettre facilement l'introduction d'un doigt dans l'urètre postérieur. La vessie fut drainée par en haut par un gros tube fixé à l'ouverture du sommet faite au début de l'opération, et les bords de la vessie furent suturés autour. Le lit du diverticule fut drainé. Sonde à demeure passée dans la vessie par l'urètre. Paroi en deux plans.

Suites : Après vingt-huit jours, le malade sortit dans de bonnes conditions. Plaie cicatrisée, urines claires et il pouvait uriner spontanément sans peine.

B) Nephro-uretectomies totales avec extrapéritonisation primitive

OBSERVATION VIII (inédite).

M^{me} C... Camille, 47 ans, octobre 1930. Urétéro-pyonephrose tuberculeuse. Néphro-urétérectomie totale.

Se plaint de douleur lombaire gauche s'irradiant vers le bassin et la cuisse accompagnée de brûlures à la miction surtout à la fin. Depuis son entrée, elle ne souffre plus de la vessie, mais accuse simplement une douleur lombaire. Le début des troubles remonterait à la période ayant suivie une troisième intervention pour hernie inguino-crurale : à ce moment apparurent les douleurs vésicales d'abord puis des douleurs rénales. Jamais d'hématurie.

A. H. Père mort de tuberculose pulmonaire. Mère morte paralysée.

A. P. Opérée trois fois pour hernie inguino-crurale gauche. Régliée à 12 ans. 4 grossesses : 2 f. c. 2 accouchements à terme.

Examen : Le palper révèle peu de chose. On ne sent pas le rein gauche. Pas de points urétéraux.

Cystoscopie : Vessie normale sauf dans la partie gauche dans la région de l'orifice urétéral gauche, œdématiée.

Cathétérisme : R. D. ni pus ni microbes 3,30

R. G. pus, cell. épith. pas de microbes 2,52

Urée sanguine : 0,36.

Pvélographie gauche : injection de 25 cc. d'uroselectan à 15 % : grosse urétéro-hydronephrose ; uretère du volume de l'index et images de cavernes dans le parenchyme rénal.

Intervention : 1-11-30. 1) Incision sus-pubienne médiane longue ; on découvre la vessie. Décollement du péritoine. Ouverture du péritoine. — *Extra-péritonisation primitive*. On recherche l'uretère gauche, on doit couper plusieurs faisceaux vasculo-fibreux en avant de lui. Finalement on l'isole, on passe dessous un drain souple et on le soulève. Alors peu à peu on le dissèque de haut en bas, on le lie au ras de la vessie et on le coupe entre deux ligatures. On ferme la plaie en deux plans. Drain sus-pubien.

2) Incision lombaire gauche. Découverte du rein puis de l'uretère qui est tiré de bas en haut et sorti de la plaie. Isolement et ligature du pédicule vasculaire. Paroi en deux plans. Petit drain.

Suites : Apyrétiques. (T° maxima 38°6 le lendemain de l'intervention). La malade fait une petite crise de cholécystite calculuse la première nuit. Tout rentre dans l'ordre. La malade sort au début de décembre avec un régime hypoazoté et hypochloruré.

OBSERVATION IX (inédite).

M. Lh... Théodore, 71 ans. Janvier 1931. Hypertrophie de la prostate avec reflux vésico-urétéral gauche. Néphro-urétérectomie totale.

Pollakiurie nocturne extrêmement marquée, accentuée à la marche pendant la journée, ayant débuté il y a très longtemps mais ayant augmenté surtout depuis deux ans. Il accuse aussi des brûlures à la miction, plus marquées à la fin. Urines troubles. En décembre 1930, crise de colique néphrétique gauche. Jamais d'hématurie. A. H. = O — A. P. = O.

Examen : Pas de points urétéraux douloureux. Urines très troubles à rêtre perméable. Résidu 45 cc.

Après palpation de la région lombaire gauche et un peu de massage, on retire encore 10 cc. d'urines de la vessie.

T. R. La prostate ne semble pas très augmentée de volume. Lobe droit un peu plus gros que le gauche.

Cystoscopie : Vessie irritée. Capacité très diminuée. Le malade tolère très difficilement le liquide. Vessie rouge avec gros plis ordématisés. L'orifice gauche apparaît en forme de fente. Il est impossible de voir l'orifice droit caché sous la paroi vésicale qui fait saillie. Au Mac Carthy on voit très bien dans l'urètre postérieur deux masses latérales cedématisées.

Cysto-radiographies face et profil : Reflux vésico-urétéral gauche très marqué, dilatation de l'uretère et du bassin.

Ur. sang. = 0,37. — K = 0,098.

Intervention : 16-1-31. 1) Incision médiane sus-pubienne longue. Découverte de la vessie. La vessie est refoulée à droite. Le péritoine est ouvert puis refermé après extra-péritonisation de la vessie. Découverte du canal

déférent. Isolement de l'uretère gauche soulevé par un drain en caoutchouc souple. Section basse entre deux ligatures. La vessie est repérée avec deux fils suspenseurs. Ponction de la vessie au trocart. Evacuation du contenu. Drain de Freyer. Fermeture de la paroi.

2) Incision lombaire. Gros rein, gros bassinnet. Adhérence du pôle supérieur. Dégagement de l'uretère qui est tiré de bas en haut. Ligature et section du pédicule. Deux ligatures. Fermeture totale.

Suites : L'après-midi, après l'intervention : élévation de température à 40° mais le lendemain tout rentre dans l'ordre. Les urines sont assez abondantes. Quelques jours après : escharre sacrée assez profonde. Le malade a des contractions vésicales très fortes. Bon état général. Mais la cicatrisation complète de l'escharre n'est réalisée que le premier mai 1931. A cette date on pratique la *prostatectomie* dont les suites sont normales.

OBSERVATION X (inédicté).

M. B... Théodore, 71 ans. Juin 1932. Tumeur vésicale. Néphro-urétérectomie totale.

Aucune maladie jusqu'à il y a deux ans. A ce moment, hématurie terminale peu abondante. Cette hématurie s'est répétée ensuite de plus en plus abondante. Urines troubles par moment. Aucune douleur. Une cystoscopie pratiquée à ce moment (D^r BERNASCONI, d'Alger) montre un polype vésical traité par électrocoagulation. Au bout d'un an récidive. Traité de la même manière. Le malade vint en France il y a sept mois et consulte dans le service il y a cinq mois. Depuis lors cinq séances d'électrocoagulation n'ont pas donné de résultat appréciable. Actuellement hématuries presque quotidiennes, intermittentes. Urines troubles dans l'intervalle. Aucune douleur. Bon état général. Cœur, Poumons = O. Ur. sang 0,50 A. P. Paludisme contracté en Algérie.

Cystoscopie : Polype vésical siégeant au niveau de l'orifice gauche et le masquant.

Intervention : 6-6-32. 1) Incision sus-pubienne longue. Désinsertion des droits. Décollement du péritoine. Ouverture de la séreuse. Extrapéritonisation primitive. Le péritoine refermé, on poursuit le décollement, on découvre l'uretère qui est dilaté, volume d'un doigt. On ouvre la vessie. Résection d'une collerette vésicale comprenant la tumeur et le segment intra-vésical de l'uretère. Fermeture de la brèche vésicale en deux plans. Rétrécissement de la plaie vésicale antérieure. Drain de Freyer. Paroi en deux plans.

2) Incision lombaire gauche. On trouve un gros rein avec bassinnet très dilaté. On tire l'uretère de bas en haut. Dégagement, ligature et section du pédicule vasculaire. Paroi. Un drain.

Suites : aucune réaction péritonéale. Ventre souple. Température maintenue entre 38°5 et 39 pendant trois jours, puis suites apyrétiques. Au point de vue local le dixième jour mise en place d'une sonde à demeure retirée au bout de quinze jours. Le malade sort guéri le 7 juillet.

C) Extrapéritonisation secondaire

OBSERVATION XI (D^r PAPIN). 1924.

Pierre A..., 66 ans. Tumeur de vessie. Extra-péritonisation secondaire. Malade déjà soigné le 6 février 1924 pour hématurie. Il entre d'urgence le 3 avril 1926 pour hématuries extrêmement abondantes et anémie intense. A. H. Rien à noter. A. P. Aucune maladie infectieuse ; pas de blennorragie ; a toujours eu une excellente santé. H. M. Le début de l'affection remonte à février 1924. A cette époque le malade fut pris d'une hématurie abondante ayant duré 24 heures survenue sans cause, calmée, semble-t-il, par le repos, et terminée par l'expulsion d'un petit gravier d'urate d'ammonium. C'est 48 heures après le début de cette première hématurie que le malade vient consulter à Saint-Joseph le D^r PAPIN. A ce moment les urines étaient devenues limpides. Depuis le malade n'a eu que de petites hématuries en 1925 au printemps, mais beaucoup moins abondantes que les premières et qui l'inquiétèrent point. Mais le 1^{er} avril 1926 il fut repris d'une hématurie extrêmement abondante, urines sanglantes du début à la fin de la miction avec petits caillots noirâtres. Cette hématurie durait encore le 3 avril à son entrée. On mit une sonde à demeure, on fit au malade des injections coagulantes et du sérum vu son état alarmant.

Examen cystoscopique : avril 1926 : grosse tumeur vésicale faisant une énorme saillie dans la cavité vésicale. Le cystoscope regardant en bas, on voit une grosse masse irrégulière, remplissant la moitié gauche du champ. On peut suivre le bord de la tumeur dans le champ, en tournant le cystoscope à gauche, puis en haut. Il n'y a pas un point de la vessie d'où l'on ne puisse apercevoir la tumeur. C'est une tumeur volumineuse, massive, sans végétations.

Intervention : 12 avril 1926. Laparatomie sous-ombilicale. Les intestins sont refoulés et maintenus par un champ. Incision antéro-postérieure de la vessie ; les bords de l'incision sont repérés par 4 fils, les deux antérieurs fixés à la peau. Ecartement par deux valves vaginales. On découvre une tumeur très volumineuse qui est enlevée par morcellement jusqu'à ce qu'on arrive au pédicule qui est saisi avec une pince courbe et sectionné peu à peu avec sutures au fur et à mesure. Suture de la vessie à l'exception de l'espace pour passer le drain. Extra-péritonisation secondaire.

Suites : décès par urémie quelques jours après l'intervention. Il n'y a eu aucune réaction péritonéale.

OBSERVATION XII (D^r PAPIN) 1926.

Madame P..., 53 ans. Tumeur de vessie. Extra-péritonisation secondaire.

La malade vient consulter au début du mois d'août 1926 pour phénomènes de cystite et hématurie ayant débuté en janvier 1926. A. H. Rien à noter. A. P. Scarlatine à l'âge de 12 ans, bronchites, grippe en 1920. Bien réglée, actuellement les règles deviennent irrégulières et douloureuses.

H. M. Le début de l'affection remonte au début de janvier 1926. A ce moment la malade eut une hématurie totale assez abondante qui dura, en s'atténuant, trois jours. Aucune douleur rénale ni vésicale ; pas de température. Néanmoins un médecin consulté conseilla le repos et prescrivit une visite dans un service de spécialités. Les troubles s'amendant, la malade reprit ses occupations. En février, nouvelle hématurie moins abondante survenant également sans cause et sans douleurs. Durée, deux à trois jours. Elle se termina seule. En juin, nouvelle hématurie durant deux ou trois jours et présentant les mêmes caractères que la première.

Mais depuis avril la malade présentait quelques phénomènes de cystite : pollakiurie diurne (toutes les deux heures) ; pollakiurie nocturne (1 à 2 fois). Dysurie et parfois brûlures post-mictionnelles. L'état général était toujours satisfaisant. Le 11 août 1926, à la suite d'une nouvelle hématurie, la malade se décide à venir consulter. L'examen cystoscopique montra un polype incrusté de la vessie, siégeant au niveau de l'orifice urétéral gauche, les urines sont troubles et fétides, la malade est admise à l'hôpital.

Opération le 20 août 1926. Cystectomie partielle. Ouverture de la vessie par voie trans-péritonéale et sous-péritonéale. On découvre une tumeur au-dessus de l'uretère gauche, on procède à une résection circonscrite. Drain vésical et suture de la paroi vésicale ; suture du péritoine excluant la vessie.

Les suites opératoires furent sans incident les premiers jours. Le cinquième jour, frissons et point de côté à la base droite ; on pensa à un foyer de congestion. Mais le lendemain de petits crachats hémoptoïques faisaient diagnostiquer un petit infarctus pulmonaire ; évolution vers la résorption le troisième jour quand une embolie foudroyante vient emporter la malade en quelques secondes le 29 août au soir. La plaie hypogastrique était en excellent état de guérison, il n'y eut aucune réaction péritonéale.

OBSERVATION XIII (D^r PAPIN). 1926.

M. B..., 57 ans. Tumeur de vessie. Extra-péritonisation secondaire.

Le malade vient consulter le 6 mai 1926 pour cystite et hématurie. H. M. Le début remonte au mois de janvier 1917. A cette époque le malade a uriné du sang, surtout le matin à la fin de la miction. Il avait en outre de la pollakiurie diurne et nocturne avec des urines troubles. Il consulte à Necker. On lui trouve de la prostatite chronique, un urètre libre et un léger résidu vésical. On lui conseille de faire des lavages à l'argyrol trois fois par semaine. Au mois de juin les troubles continuent. On fait un examen cystoscopique qui montre une vessie peu sensible, légèrement vascularisée; les orifices urétéraux sont normaux, le col est un peu irrégulier. A gauche, on voit une masse irrégulière avec quelques petits bourgeons. On conseille des lavages uréthro-vésicaux au permanganate. Le 15 novembre 1917, le malade a de nouveau des hématuries totales accompagnées de douleur en ceinture et de pollakiurie. Ces troubles s'atténuent par la suite, mais reprennent en 1919. A cette époque le malade a de nouveau des hématuries. Un examen cystoscopique pratiqué à Necker montra la présence d'une cystite chronique. Une radiographie de l'appareil urinaire est négative. En décembre 1919, nouvelle hématurie totale. Un nouvel examen cystoscopique montre la présence de cystite chronique. La vessie est rouge et œdémateuse. Au mois de mars 1920, le malade vient consulter pour une légère pyurie et des douleurs au niveau de la région rénale droite, accompagnée d'accès fébriles; il n'y a plus eu d'hématurie. Le malade est hospitalisé à Necker où l'on fait des lavages du rein droit au protargol. Amélioration pendant deux ans. Le malade vient de nouveau consulter en 1923 pour des douleurs rénales droites, de la pollakiurie et des hématuries terminales.

Un examen cystoscopique est pratiqué le 2 mars 1923. On trouve un orifice urétéral droit dilaté, béant, œdématié avec éjaculations purulentes. Il est impossible de monter dans cet uretère à plus de 2 cm. même avec une sonde bougie. On diagnostique une pyélonéphrite droite et l'on fait quelques lavages du bassin. Le malade continue à avoir par périodes de petites hématuries terminales avec par moment, des douleurs rénales droites mais peu accentuées. C'est à cause de celles-ci et d'une légère cystite qu'il vient consulter le D^r PAPIN au début de mai 1926. Un examen cystoscopique montre une tumeur vésicale occupant tout le sommet de la vessie. L'orifice droit est légèrement béant; la capacité vésicale est de 60 cc.

Intervention. Opération le 10 mai 1926. Incision sus-pubienne remontant jusqu'à l'ombilic. Désinsertion partielle des droits. Ouverture du péritoine. Mise en place de l'écarteur. La tumeur apparaît, occupant toute la coupole vésicale où elle fait des bosselures irrégulières. Sur la li-

gne médiane on fait une incision en plein dans la tumeur. Chaque moitié est saisie avec une pince de Museux et, sous le contrôle de l'index gauche, introduit dans la vessie, on résèque aux ciseaux, d'abord la moitié gauche, puis la moitié droite. Des fils de repère sont fixés au fur et à mesure sur la partie saine de la vessie.

Il ne reste plus de la vessie que la base (trigone et bas-fond). On met en place une sonde à demeure et l'on referme la vessie par une suture transversale un peu oblique à points séparés. Pour isoler ce qui reste de la vessie de la grande cavité péritonéale, on suture les lèvres du péritoine pariétal au moignon vésical puis au rectum, qui se trouve fixé à la paroi antérieure. Plus haut, les deux lèvres du péritoine pariétal sont simplement suturées l'une à l'autre. Un drain sus-pubien est placé devant la vessie. La paroi abdominale est enfin suturée en deux plans.

Suites : pendant 48 heures on laisse de la glace sur le ventre. Il n'y a aucune réaction péritonéale. Le malade rend le lendemain 500 cc. puis rapidement 1 litre d'urine. Le quatrième jour, la diurèse est de 2 litres. Après ablation de la sonde à demeure le quatrième jour le malade a quelques difficultés pour uriner. On lui passe quelques Béniqués, on lave la vessie au nitrate, en poussant 140 cc. qui sont bien tolérés ; quelques jours après le malade urine seul sans difficultés. Un mois après l'opération, le Dr PAPIN fait un examen cystoscopique et constate que la vessie est saine, les orifices urétéraux normaux, on peut facilement injecter 150 cc. dans la nouvelle cavité vésicale. Le malade sort guéri le 12 juin 1926.

OBSERVATION XIV (Inédite). 1931.

M^{me} R..., Jeanne, 48 ans. Fistule vésico-vaginale. Extra-péritonisation secondaire.

Entre dans le service le 8 juillet 1931 pour pertes d'urine par le vagin, depuis une hystérectomie subtotale pour fibrome pratiquée antérieurement.

Examen : au spéculum : on voit l'orifice de la fistule au niveau de la paroi antérieure du vagin.

Cystoscopie L'orifice vésical de la fistule est situé au niveau du bas-fond, en arrière du trigône, un peu plus près de l'orifice droit que de l'orifice gauche.

Intervention : 10 juillet 1931. Incision sus-pubienne. On ouvre le péritoine. Champ intestinal. Ouverture large de la vessie. Au fond très large fistule. Excision des bords. Suture en deux plans. Drain sus-pubien. Extra-péritonisation de la vessie. Suture de la paroi en deux plans.

Suites : apyrétiques. Aucune réaction péritonéale. Ablation du drain de

Freyer le huitième jour. Sonde urétrale. Mais dès qu'on la retire la malade recommence à perdre de l'urine. Revient en octobre 1931.

Intervention : 19 octobre 1931. Incision sur l'ancienne cicatrice. Ouverture du péritoine. Ouverture de la vessie. Au fond apparaît ce qui reste de la fistule. Incision autour de la fistule. On résèque un peu de muqueuse. Deux plans de suture, un vaginal et vésical. Fermeture de la vessie. Fermeture du péritoine avec extra-péritonisation de la vessie. Paroi en deux plans.

Suites : Dès que l'on retire la sonde à demeure, la malade reperl ses urines.

Elle rentre à nouveau le 6 juin 1932.

Intervention : Incision sur l'ancienne cicatrice. Ouverture de toute la paroi y compris le péritoine. Ouverture de la vessie. Repérage par 4 fils. On aperçoit au fond la fistule. Incision circulaire. Suture des lèvres internes bord à bord. Décollement et suture des lèvres externes. Drain sus-pubien. Fermeture de la vessie. Fermeture du péritoine et extrapéritonisation secondaire de la vessie. Fermeture de la paroi.

Suites : Apyrétiques. Ventre souple, le dixième jour mise en place de la sonde à demeure laissée pendant quinze jours et la malade sort le trente-deuxième jour.

OBSERVATION XV (D^r PAPIN). 1925.

M^{me} X..., Fistule vésico-vaginale. Extra-péritonisation secondaire.

La malade avait subi antérieurement une tentative de cure radicale de la fistule à travers la vessie par voie extra-péritonéale. Cette tentative avait abouti à un échec absolu. Au toucher vaginal : on sent la fistule dans le cul-de-sac antérieur tout près du col. Cystoscopie facile. Un tampon étant placé dans le vagin, on peut remplir la vessie un temps suffisant pour voir nettement la fistule sous forme d'un petit enfoncement, un peu en arrière, du muscle inter-urétrique, plus près du méat urétéral gauche que du droit.

Intervention : 13 novembre 1925. Incision sur la peau et des muscles après avoir libéré l'ancienne cicatrice. Arrivé sur le plan vésical, on constate que la paroi antérieure de la vessie est collée à la symphyse et qu'il n'y a plus d'espace de Retzius. Impossible d'ouvrir la vessie par voie extra-péritonéale. On place la malade en position plus renversée. Ouverture du péritoine. Refoulement et protection des anses intestinales. On saisit la paroi vésicale péritonéale avec deux pinces de Chaput et on incise longitudinalement sur la ligne médiane. On tamponne la cavité vésicale qui ne contient que quelques gouttes d'urine.

Deux valves vaginales sont placées dans la vessie à droite et à gauche ;

la fistule est facilement accessible. Incision circulaire et enfouissement de la muqueuse décollée ; deuxième plan de suture des lèvres externes de l'incision dans un plan perpendiculaire au premier.

La vessie est fermée d'arrière en avant par un surjet musculo-séreux réservant la place d'un drain de 15 mm. de diamètre. Le péritoine pariétal est fermé en surjet d'arrière en avant, mais à la partie antérieure on réserve une région péritonéale de la vessie qui est exclu par deux sutures latérales formant un Y avec la suture médiane : ainsi on a reconstitué la paroi antérieure extra-péritonéale où s'abouche le drain. Fermeture de la paroi en deux plans.

Les suites opératoires ont été excellentes. Le drain était retiré le septième jour et remplacé par la sonde à demeure. Aucune réaction péritonéale. La malade sort entièrement guérie le 9 décembre 1925.

OBSERVATION XVI (D^r PAPIN) 1926.

M^{me} H., 44 ans. Dilatation kystique. Extra-péritonisation secondaire. Vient consulter pour hématurie et cystite.

A. H. Parents morts quand elle était encore très jeune. A. P. Diphtérie, rougeole, bien réglée, pas de f. c. ni d'enfant. Mari mort d'un ic-tère chronique.

H. M. Début il y a un an par de la pyurie et de la pollakiurie, diurne et nocturne toutes les deux heures ; dès cette époque la malade constate de petits caillots de sang noir déposant au fond du bocal d'urine. Des hématuries totales de sang noir apparaissent il y a six semaines. c'est pour cette raison que la malade vient consulter.

Cystoscopie : capacité vésicale : 60 cc. Vessie légèrement vascularisée. A gauche, on voit une tuméfaction assez volumineuse de coloration rosée, occupant la place de l'orifice urétéral gauche. En soulevant la tumeur avec la pointe de la sonde urétérale, on découvre l'orifice de l'urètre qui est à la partie inférieure de celle-ci.

La sonde urétérale est enfoncée dans l'urètre, mais on a la surprise de la voir ressortir de l'autre côté de la tumeur, sans qu'on ait eu la sensation d'une résistance forte. Le diagnostic n'est pas douteux : il s'agit d'une dilatation kystique de l'extrémité inférieure de l'urètre. On décide étant donné son gros volume d'opérer par voie sus-pubienne.

Intervention : 2 juillet 1926. Laparotomie sous-ombilicale. Vessie repérée et ouverte. Fixée par quatre fils suspenseurs. Dilatation kystique du méat urétéral gauche. Incision circulaire avec raquette. Section de l'urètre. Fixation à la vessie par quatre points, suture de l'incision en raquette. Vessie fermée par deux plans de suture. Orifice réservé à la partie antérieure pour le drain. Fermeture du péritoine jusqu'auprès du drain

qui est exclus de la cavité péritonéale suivant la technique habituelle. Paroi en deux plans.

Suites : sans incidents.

Un examen cystoscopique ultérieur montra la suppression de la dilatation kystique remplacée par un orifice étroit entouré de plis cicatriciels étoilés. Il fut alors possible de pratiquer une urétéro-pyélographie qui montra une dilatation inégale de l'uretère et du bassin.

On enleva le rein et l'uretère gauche par une longue incision lombolaïque et la malade guérit définitivement.

OBSERVATION XVII (inédite). Juin 1931.

M^{me} Ch., 56 ans. Fistule vésicale sus-pubienne. Extra-péritonisation secondaire. Vient pour pollakiurie et hématurie.

H. M. Il y a trente ans, a commencé à souffrir de son rein gauche : douleur sourde, pas de crises. Elle était soignée alors pour lithiase. Il y a quatre ans : ses douleurs rénales se sont calmées mais apparaissent alors les troubles vésicaux : pollakiurie diurne et nocturne (trois fois la nuit, toutes les trois heures le jour) et hématuries terminales. La première hématurie remonte à quatre ans (1927) et a duré quelques jours. Depuis un an hématuries terminales presque tous les jours. Jamais de douleurs vésicales. Pas de fièvre. Amaigrissement de 3 kilos.

Examen : On sent le pôle inférieur du rein droit qui est gros mais indolore. Rien à gauche.

Cystoscopie : Gros papillome masquant l'orifice droit ; le reste de la vessie est normal.

Azotémie = 0,48 ; K = 0,143.

Première intervention : 3-7-31. Incision sus-pubienne longue. Isolement de la vessie. On recherche l'uretère droit, on ne le trouve pas. Le péritoine est ouvert et refermé de suite. Ouverture large de la vessie. On découvre la tumeur et à sa face interne l'orifice urétéral droit. Incision autour de la base. Découverte de l'uretère droit, on l'incise et on introduit un stylet dans le bout distal. Suture de la plaie vésicale en fixant au milieu l'uretère par trois points. Fermeture de la vessie en laissant un drainage sus-pubien.

Suites opératoires très bonnes. Le 6-7-31, lavage de vessie par le tube de cystostomie. Le 13-7-31, sonde à demeure, lavages de vessie quotidiens. La malade se plaint d'un point douloureux sus-pubien mais état local parfait. Sortie le 27 août 1931. Plaie fermée.

Revient pour fistule sus-pubienne (sous la cicatrice de la bouche de cystotomie) secondaire à une ponction en ville au niveau d'une tuméfaction correspondant au point douloureux : la ponction n'a rien donné

mais quelques jours après s'est instituée une fistule à orifice punctiforme. Malgré des cautérisations au nitrate de trajet et la mise en place d'une sonde à demeure la fistule persiste.

Le 18-9-31, résection de la fistule, ouverture de la vessie. Ouverture du péritoine. Fermeture de la vessie. *Extra-péritonisation secondaire de la vessie*. Deux fils de bronze sur la paroi et crins. Sonde à demeure.

Suites opératoires très bonnes. Aucun signe péritonéal. Le 26, ablation des crins. Le 29, ablation des bronzes. Le 4-10-31, à la suite d'une purge, coliques violentes, diarrhée, entérorragie. Le 6-10-31, léger suintement d'urine sus-pubien qui depuis s'est maintenu d'une manière intermittente.

Le 13 novembre 1931, nouvelle intervention : incision sus-pubienne longue sur l'ancienne cicatrice avec excision de la fistule. Ouverture du péritoine. Champs abdominaux. Ouverture large de la vessie avec résection de la fistule vésicale. Fermeture par points séparés Catgut I, avec mise en place d'une sonde de Petzer sus-pubienne. *Extra-péritonisation secondaire*. Paroi en deux plans.

Suites : Aucun phénomène péritonéal. La sonde de Petzer est changée le cinquième jour, puis le onzième et retirée le quinzième jour. Le dix-huitième jour, élévation de la température et vomissements ; les urines sont très troubles. Sous l'influence d'une sonde à demeure et de lavages de vessie, sédation des phénomènes. A trois reprises, la malade a fait des incidents analogues avec expulsion de petits calculs du volume d'une tête d'épingle et douleur lombaire gauche. La malade sort le 20 avril 1932. Fermeture complète.

Une cystoscopie a montré : état normal de la vessie. Les urines sont à peine louches. Depuis, une radio faite a montré un calcul du rein gauche.

OBSERVATION XVIII (Inédite)

M. S., 56 ans. Fistule vésicale sus-pubienne après prostatectomie. *Extra-péritonisation secondaire*.

Malade ayant subi une cystostomie (Premier temps) le 15 avril 1932 et une prostatectomie le 11 juillet 1932. Sorti au bout de deux mois après alternatives d'ouverture et de fermeture de la plaie sus-pubienne. Quarante-huit heures après le retrait de la sonde, l'urine recoule à nouveau par la plaie abdominale.

Intervention : Le 28 octobre 1932. Incision sur l'ancienne cicatrice. Dégagement de la paroi vésicale tout autour de la fistule : facile en bas et latéralement, en haut il faut ouvrir le péritoine. Suture de la vessie. *Extra-péritonisation secondaire*. Fermeture des plans musculaire et cutané. Sonde à demeure.

Suites : Apyrétiques (n'a pas dépassé 37°7), ventre souple. Le quinzième jour, retrait de la sonde à demeure. Cicatrisation parfaite. Le malade sort en bon état le 15 novembre.

OBSERVATION XIX (D^r PAPIN)

M^{me} C. Tumeur vésico-appendiculaire. Extra-péritonisation secondaire.

La malade avait présenté une crise abdominale douloureuse qui se termina par l'évacuation d'une grande quantité de pus dans la vessie. Les urines restant troubles, on envoya la malade quelques mois plus tard en me faisant connaître qu'elle avait eu une salpingite ouverte dans la vessie. Je ne trouvais pas d'orifice dans la vessie, ce qui ne m'étonna pas, car ces orifices se ferment rapidement, mais je trouvais deux méats urétéraux à droite ; les deux uretères étaient dilatés et infectés. J'enlevai le rein droit. Quelques mois plus tard, la malade eut des hématuries ; au cystoscope on découvrit au-dessus des uretères droit un petit polype qui fut fulguré ; il récidiva, on le fulgura de nouveau et ainsi à plusieurs reprises. Finalement le polype devint volumineux et je conseillai l'intervention qui fut acceptée. J'intervins par voie trans-péritonéale et ce fut heureux.

Le péritoine ouvert, je découvris un cordon du volume du pouce adhérent au milieu de la vessie ; je crus d'abord qu'il s'agissait de la trompe droite, mais je vis que ce cordon aboutissait au coecum : il y avait eu appendicite et non salpingite, car les annexes étaient saines.

Je liai l'appendice et son méso à leur insertion coecale et enfouis le moignon. Puis j'ouvris la vessie à un pouce en dehors de l'appendice adhérent : le polype intra-vésical apparut. Je découpai une rondelle de la paroi vésicale autour de l'appendice, à peu près grande comme une pièce de 5 francs et enlevai en bloc l'appendice, la paroi vésicale et la tumeur vésicale.

La paroi vésicale fut réparée en deux plans en réservant un passage pour le drain : le péritoine pariétal fut suturé en faisant l'extra-péritonisation de la partie antérieure de la vessie. Guérison simple.

L'appendice ouvert contenait une tumeur. Dans ce cas la voie habituelle aurait difficilement permis de reconnaître la nature exacte des lésions et de faire une exérèse convenable.

En résumé, nous avons présenté 19 observations dont :

8 inédites,

6 empruntées à un travail fait antérieurement par notre Maître M. le Docteur Edmond PAPIN,

5 empruntées à un travail du Docteur SUGAR.

Parmi ces observations :

10 concernant l'extra-péritonisation primitive :

Tumeurs de vessie 6 cas

Diverticules de vessie 1 cas

Néphro-urétérectomie totales 3 cas

Urétéro-hydronéphrose tuberculeuse ;

Urétéro-hydronéphrose avec reflux par hypertrophie de la prostate ;

Urétéro-hydronéphrose par tumeur de vessie.

9 concernant l'extra-péritonisation secondaire :

Tumeurs de vessie 3 cas

Fistule vésico-vaginale 2 cas

Dilatation kystique 1 cas

Fermeture de vessie 2 cas

Tumeur vésico-appendiculaire 1 cas

X. Conclusions

1° La voie d'abord habituelle de la vessie est la voie sous-péritonéale. Mais le champ opératoire est limité.

2° Il est souvent nécessaire d'explorer complètement toute la vessie. Pour cela :

la voie trans-péritonéale a dans certains cas de grands avantages.

la voie extra-péritonéale est plus satisfaisante. Mais la dépéritonisation de la vessie est souvent difficile.

3° *L'extra-péritonisation primitive* (procédé de VOELKER) transforme la vessie en un organe mobile sur lequel on peut pratiquer toutes les interventions avec facilité, tout en restant en dehors de la grande cavité.

4° Cette méthode permet aussi la découverte du segment juxta-vésical des uretères.

5° *L'extra-péritonisation secondaire* (procédé de PAPIN) est surtout indiquée dans les opérations itératives avec Retzius cloisonné ou adhérent.

6° Elle est également utile quand on veut avoir un jour excellent sur le fond de la vessie dans le cas de lésions peu ou pas septiques.

7° Elle permet enfin d'avoir une suture vésicale solide et isolée aussi de la grande cavité.

Vu : Le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu : Le Président,
G. MARION.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- BLUM V. — Über extraperitonisation der Blase nach Voelcker. *Zeitschrift für Urologische Chirurgie*, 1922, t. VIII, p. 147.
- BOEMINGHAUS H. — L'extra-péritonisation de la vessie (Voelcker), méthode de choix pour résections, diverticules et ablations totales. *Zeitschrift für Urologische Chirurgie*, t. VIII, 1922, p. 229.
- DELBET (Paul). — Anatomie de la vessie. In *Traité d'anatomie humaine*. Poirier et Charpy.
- FEY et BOMPART. — Technique de la cystectomie totale pour cancer de la vessie. *Journal de Chirurgie*, XXXVII, avril 1931, n° 4.
- G. GERARD. — *Manuel d'anatomie humaine*.
- GRIDNEV A. — Expériences personnelles sur l'incision transpéritonéale de la vessie. *Zentralblatt für Chirurgie*, tome LVII, avril 1930, p. 835.
- JUDD et STAR. — The transperitoneal operation for removal of bladder neoplasms. *Journal american medical association*, 1909, t. LIII.
- LEGUEU et PAPIN. — Diverticules vésicaux. *Archives urologiques de la Clinique de Neker*, 1922, t. III, p. 333.
- LICHTENBERG V. (Berlin). — Traitement chirurgical des tumeurs de vessie. *Klinische Wochenschrift*, 1927, t. VI, n° 10, p. 459.
- MARION G. — *Traité d'urologie*.
- PAPIN E. (Paris). — Traitement chirurgical des diverticules de vessie. In *Livre jubilaire de Ver Hoogen*.
- PAPIN E. (Paris). — *Paris chirurgical*, XIX^e année, n° 1, janvier 1927. La taille trans-péritonéale.
- PAPIN E. (Paris). — *Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie*, 23 avril 1932, t. LVIII, n° 12.
- TZAKNIS Denis. — Les pédicules vasculaires de la vessie. *Archives des maladies des reins et des organes génito-urinaires*, décembre 1929, t. IV, n° 4.
- SUGAR. — Extra-péritonisation de la vessie. *Surgery, gynecology and Obstetrics*, janvier 1930, n° 1.
- VOELCKER F. — In Voelcker Wossidlo. *Urologische Operationslehre* 1^{re} édition, 1924.
-

TABLE DES MATIÈRES

1° Notions d'anatomie	12
2° Voies d'abord de la vessie	14
3° Voies d'abord de l'uretère juxta-vésical.	16
4° Déductions chirurgicales	17
5° Technique de l'extra-péritonisation primitive	17
6° Technique de l'extra-péritonisation secondaire	21
7° Indications	22
8° Résultats	24
9° Observations	25
10° Conclusions	43
11° Bibliographie	45

